

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة PolicyNo/CR : Mobile No : 540095929 ID Number : 2345042184 Gender : 1 Nationality : 207	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Entity Name : Al salam Employee Name : ASLAM SID MOHAMMAD Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	Type : (1) اسم المنشأة : اسم الموظف : رقم الهوية : الحالة الاجتماعية :							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		نعم Yes لا No	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -						
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الخلق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
1			540095929	0	0	2345042184	EMPLOYEE	1	ASLAM SID MOHAMMAD

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الإقرار و التلويض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
---	---

Entity's stamp ختم جهة العمل ١٥١٥٢٧٣٨٤٦	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٤ / ١٤
---	--	----------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
 (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
 (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1) نوع الطلب		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : FAKHARE ALAM SHEKH HASIM	
PolicyNo/CR : 576409753 رقم الوثيقة/ السجل التجاري : 2314879038		Employee Name : FAKHARE ALAM SHEKH HASIM رقم الهوية :	
ID Number 2314879038		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single	
Gender : 1 Nationality : 321		Marital Status	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
بيانات الموظف و افراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	القرابة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	FAKHARE ALAM SHEKH HASIM	1	EMPLOYEE
1	576409753	0	0
1	2314879038	0	0

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الاقرار و التفويض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة	
---	--	---	--

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلامة ١٠١٠٢٢٣٤٥٦	Employee Signature (4) توقيع الموظف FAKHARE	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١٤
--	---	----------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضمي عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type		
PolicyNo/CR : Mobile No : 591126150 ID Number : 2289660504	رقم الوثيقة/السجل التجاري : رقم الجوال : Entity Name : Al salam Employee Name : SANA ULLAH FARZAND ALI	اسم المنشأة : أسم الموظف :	
Gender : 1 Nationality : 304	Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية :	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - نعم Yes لا No			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفلج، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس الغولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه) Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)								
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case
1	SANA ULLAH FARZAND ALI	1	EMPLOYEE	2289660504	0	0	591126150	اسم مقدم الخدمة

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
---	---

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف SANA ULLAH	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١٧ / ١٤
---------------------------------	--	-----------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.
- (1) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:

Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1) نوع الطلب					
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :							
Mobile No : 580423536 رقم الجوال :		Employee Name : MUHAMMAD SAEED ABDUL HAMEED اسم الموظف :							
ID Number 2246350389		Gender : 1 Nationality : 304 الجنسية : الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> Single أعزب <input type="checkbox"/> Married متزوج							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟					
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.					
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.					
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.					
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.					
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع					
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/ أفراد العائلة Employees/Dependent Name
1			580423536	0	0	2246350389	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD SAEED ABDUL HAMEED

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار والتفويض :

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة


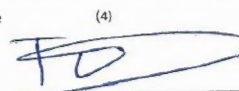
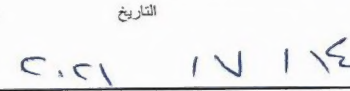
Entity's stamp مؤسسة عناية السعودية أجهزة السلامة	Employee Signature SAEED (4)	Date التاريخ 2019/11/14
---	---------------------------------	-------------------------------

- Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له سضى عليه (11) أشهر
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح لطفي للوالد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر ولم تعبئة نموذج جديد
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)							
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 502898850		Employee Name : SHAHID MUHAMMAD MIRZAHABIB							
ID Number 2126614581		رقم الهوية							
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Nationality : 304		جنسية:							
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي، هيموفروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	القرابة	الجنس	اسم الموظف / افراد العائلة
1	Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
			502898850	0	0	2126614581	EMPLOYEE	1	SHAHID MUHAMMAD MIRZAHABIB

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الافعال والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.	
Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
		

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لأمثلة إضافية تأييد أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.
- (5) (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.